

Статья поступила в редакцию 20.02.2020 г.

Довбета Е.В., Ооржак О.В., Полутарников Е.А., Мозес В.Г., Шапкин А.А.

Кемеровская областная клиническая больница,  
Кемеровский государственный медицинский университет,  
г. Кемерово, Россия

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕПУЗЫРНО-ТОЛСТОКИШЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНО-КОЖНОГО СВИЩА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Урогенитальные свищи являются чрезвычайно тяжелым осложнением, которое требует качественной хирургической коррекции. Даная патология негативно влияет на все аспекты качества жизни женщины – сексуальную, психологическую, физическую и социальную. В настоящее время в структуре причин урогенитальных свищей на первое место вышли гинекологические операции. Основной патогенез развития свищей во время оперативного лечения связан с ятрогенным механическим, термическим и/или ишемическим повреждением тканей и наложением лигатуры через ткани влагалища и мочевого пузыря.

Не смотря на появление новых методов диагностики, новых синтетических шовных материалов и эндоскопической техники, диагностика и лечение урогенитальных свищей остается чрезвычайно сложной задачей. В статье приведен клинический случай наглядно иллюстрирующий всю сложность диагностики и лечения данной патологии.

**Ключевые слова:** урогенитальный свищ, диагностика

Dovbeta E.V., Oorzhak O.V., Polutarnikov E.A., Moses V.G., Shapkin A.A.

Kemerovo Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev,  
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

### A CLINICAL CASE OF URINARY-COLONIC-VAGINAL-SKIN FISTULA

Urogenital fistulas are an extremely serious complication that requires high-quality surgical correction. This pathology negatively affects all aspects of a woman's quality of life - sexual, psychological, physical and social. Currently, in the structure of the causes of urogenital fistulas, gynecological operations have come first. The main pathogenesis of fistula development during surgical treatment is associated with iatrogenic mechanical, thermal and/or ischemic tissue damage and ligature through the tissues of the vagina and bladder.

Despite the emergence of new diagnostic methods, new synthetic suture materials and endoscopic techniques, the diagnosis and treatment of urogenital fistulas remains an extremely difficult task. The article presents a clinical case that clearly illustrates the complexity of the diagnosis and treatment of this pathology.

**Key words:** urogenital fistula, diagnosis

Урогенитальные свищи являются чрезвычайно тяжелым осложнением, которое требует качественной хирургической коррекции. Даная патология негативно влияет на все аспекты качества жизни женщины – сексуальную, психологическую, физическую и социальную [1].

Эпидемиология урогенитальных свищей точно не установлена и колеблется в диапазоне 0,3-2 % [2]. Данный размах в частоте заболевания обусловлен разным уровнем медицины в развитых и развивающихся странах, и, по мнению многих исследователей, не отражает истинные масштабы этой проблемы [3]. Для стран с бедной экономикой проблема урогенитальных свищей связана не только со сложностями в диагностике, но и с проблемой лечения. Например, в Эфиопии урогенитальные свищи диагностируются ежегодно у 9000 женщин, однако только 1200 из них получают качественное хирургическое лечение [4].

В прошлом самой распространенной причиной урогенитальных свищей являлись длительные и затрудненные роды – длительное стояние головки плода в одной плоскости таза сопровождалось ишемией окружающих тканей, включая переднюю стенку влагалища. По данным литературы, в развивающихся странах, вплоть до 20 века, до 90 % свищей были акушерскими и были обусловлены низким качеством медицинской помощи [5].

В настоящее время в структуре причин урогенитальных свищей на первое место вышли гинекологические операции. Этот феномен во всем мире обусловлен улучшением во всем мире качества акушерской помощи, снижением диапазона показаний для применения акушерских щипцов и расширением показаний к оперативному абдоминальному родоразрешению [6]. Метаанализ 2014 года показал, что гинекологические операции были причиной формирования урогенитальных свищей примерно в

#### Корреспонденцию адресовать:

МОЗЕС Вадим Гельевич,  
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а.  
ФГБОУ ВО КеМГМУ Минздрава России.  
Тел: 8 (3842) 73-46-00  
E-mail: vadimmoses@mail.ru

#### Информация для цитирования:

Довбета Е.В., Ооржак О.В., Полутарников Е.А., Мозес В.Г., Шапкин А.А. Диагностика и лечение мочепузырно-толстокишечно-влагалищно-кожного свища (клинический случай) // Медицина в Кузбассе. 2020. №1. С. 58-62.

DOI: 10.24411/2687-0053-2020-10010

81-91 % случаев [5], причем частота формирования свищей была выше при абдоминальных операциях, нежели при вагинальном доступе — 0,18 % против 0,025 % [7]. Основной патогенез развития свищей во время оперативного лечения связан с ятрогенным механическим, термическим и/или ишемическим повреждением тканей и наложением лигатуры через ткани влагалища и мочевого пузыря [8, 9].

Особое место в структуре урогенитальных свищей занимают так называемые «постлучевые мочеполювые свищи», встречающиеся в 1-5 % случаев и возникающие в результате лучевой терапии (облучения) злокачественных новообразований органов малого таза [10]. Считается, что факторами риска постлучевого урогенитального свища является несоблюдение установленных норм лучевой нагрузки и интервалов между сеансами, индивидуальная чувствительность, изменения тканей на фоне опухолевого процесса и предшествующего хирургического лечения.

Несмотря на появление новых методов диагностики, новых синтетических шовных материалов и эндоскопической техники, диагностика и лечение урогенитальных свищей остается чрезвычайно сложной задачей. Частота рецидивов при оперативном лечении урогенитальных свищей достигает 15-20 %. Приведенный ниже клинический случай наглядно иллюстрирует всю сложность диагностики и лечения данной патологии [11].

**Пациентка Б.** 38 лет поступила в хирургическое отделение № 1 Кемеровской областной клинической больницы имени С.В. Беляева в ноябре 2019 г. На момент поступления пациентка предъявляла жалобы на наличие свищей на передней брюшной стенке, поступление мочи, кала из свищей и влагалища, в связи с чем ей приходится ограничивать себя в еде.

Из анамнеза заболевания: в сентябре 2008 г. больной в связи с бесплодием (мужской фактор) была проведена процедура ЭКО и выполнены две подсадки эмбрионов, без эффекта. В декабре 2008 года пациентка по экстренной помощи поступила в гинекологический стационар с перфорацией гнойной tuboовариальной опухоли с двух сторон, разлитым гнойно-фибринозным перитонитом, вторичным аппендицитом, илеитом. В экстренном порядке больной была выполнена нижняя срединная лапаротомия, тотальная гистерэктомия, билатеральная аднексэктомия, кольпостомия с дренированием брюшной полости. Течение послеоперационного периода было удовлетворительным, пациентка

была своевременно выписана из стационара на амбулаторный этап лечения.

В течение 6 месяцев после операции у больной отмечались жалобы на рези и учащенное мочеиспускание. В ноябре 2009 года пациентка была обследована урологом, выполнена цистоскопия, выявлены признаки сдавления мочевого пузыря извне (инфильтрат), амбулаторно проводилась антибактериальная и противовоспалительная терапия. Тем не менее, на фоне проводимой терапии у пациентки сохранялась дизурия, и в марте 2010 года ей вновь была выполнена цистоскопия с прицельной биопсией, при которой диагностирован хронический цистит. На фоне вновь проведенной антибактериальной терапии был отмечен кратковременный положительный эффект.

В связи с наличием инфильтрата малого таза и отсутствием эффекта от проводимой консервативной терапии в мае 2010 г. пациентка была госпитализирована в гинекологический стационар, где ей выполнена ревизия органов малого таза. В ходе оперативного вмешательства был диагностирован инфильтрат 10 × 12 см с вовлечением слепой кишки, подвздошной кишки, пряди большого сальника и стенки мочевого пузыря. Бригадой в составе хирурга уролога и гинеколога было выполнено разделение инфильтрата, дефектов в стенке кишки и мочевого пузыря не выявлено, малый таз дренирован перчаточко-марлевым дренажем. Течение послеоперационного периода было удовлетворительным, пациентка была своевременно выписана на амбулаторный этап лечения.

В январе 2011 года пациентка вновь была госпитализирована в урологический стационар с явлениями острого цистита. При обследовании выявлена лигатурная гранулема стенки мочевого пузыря, паравезикальный инфильтрат. Выполнена резекция стенки мочевого пузыря в пределах здоровых тканей. Послеоперационный период протекал удовлетворительно.

В течение последних четырех лет больная стала отмечать у себя появление свищей на передней брюшной стенке, поступление мочи, кала из свищей и влагалища. Данные жалобы динамически прогрессировали, в связи с чем последний год больная вынуждена была ограничивать себя в еде. Отмечает снижение социализации — испытывает трудности с общением с родственниками и друзьями, так как стесняется своего заболевания.

При объективном осмотре: телосложение астеническое, при росте 172 см вес составлял 52 кг (ИМТ

#### Сведения об авторах:

ДОВБЕТА Евгений Владимирович, врач-хирург, хирургическое отделение № 1, ГАУЗ КО КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

ООРЖАК Орлан Валерийович, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 1, ГАУЗ КО КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

ПОЛУТАРНИКОВ Евгений Александрович, врач-хирург, хирургическое отделение № 1, ГАУЗ КО КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

ШАПКИН Александр Анатольевич, канд. мед. наук, доцент, кафедра факультетской хирургии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

17,5 м<sup>2</sup>/кг). Кожные покровы бледно-розового цвета, подкожно-жировая клетчатка не выражена. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем патологии не выявлено. При осмотре живот асимметричен за счет наличия послеоперационных рубцов, мягкий, при пальпации болезненный над лоном, где определяется инфильтрат до 7 см в диаметре и кожный свищ диаметром 1 см, из которого определяется поступление мочи и кала. Еще одно свищевое отверстие выявлено в правой подвздошной области, из которого определяется гнойное отделяемое. Стул 1 раз в сутки, жидкий. Мочеиспускание болезненное, моча с примесью кала и пузырьков газа.

При лабораторном исследовании выявлена анемия легкой степени тяжести.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. В передней брюшной стенке, в правой подвздошной области, определяется свищевой ход шириной 5-6 мм в косопоперечном направлении, связанный со свищем по средней линии, который распространяется в брюшную полость. Дно свищевого хода при ультразвуковом сканировании не визуализируется.

Проведено МРТ органов малого таза с контрастным усилением: определяются выраженные послеоперационные рубцово-спаечные изменения в полости таза, с фиксацией петель сигмовидной кишки к передне-верхнему контуру мочевого пузыря, со свищевым сообщением их просветов, с наличием свищей на передней брюшной стенке.

Проведено МСКТ по методике виртуальной колоноскопии: определяется инфильтрат в малом тазу с наличием свищевых сообщений между передней брюшной стенкой, сигмовидной кишкой, мочевым пузырем и слепой кишкой.

Проведена фистулография: водорастворимый контраст введен в свищевой ход, определяются два свищевых хода с заполнением подвздошной, правых отделов толстой кишки и сигмовидной кишки, мочевого пузыря.

На основании полученных данных установлен диагноз: «Воспалительный инфильтрат малого таза, мочепузырно-толстокишечно-влагалищно-кожный свищ».

После предоперационной подготовки пациентки выполнена срединно-срединная лапаротомия. При ревизии выявлен плотный, не делимый инфильтрат

Рисунок 1  
МСКТ брюшной полости  
Picture 1  
MSCT of the abdominal cavity

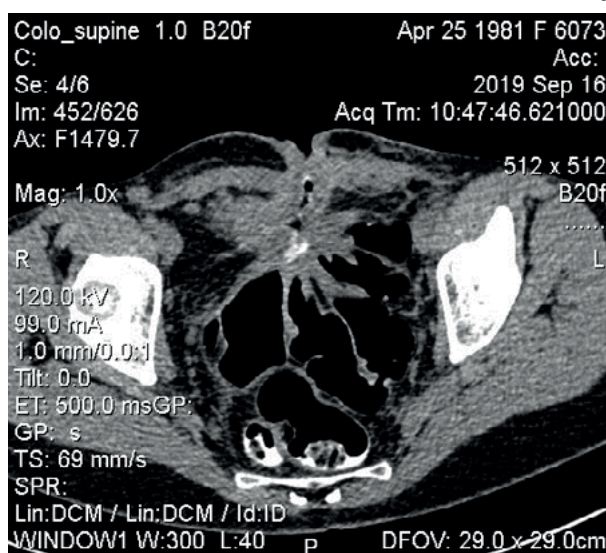
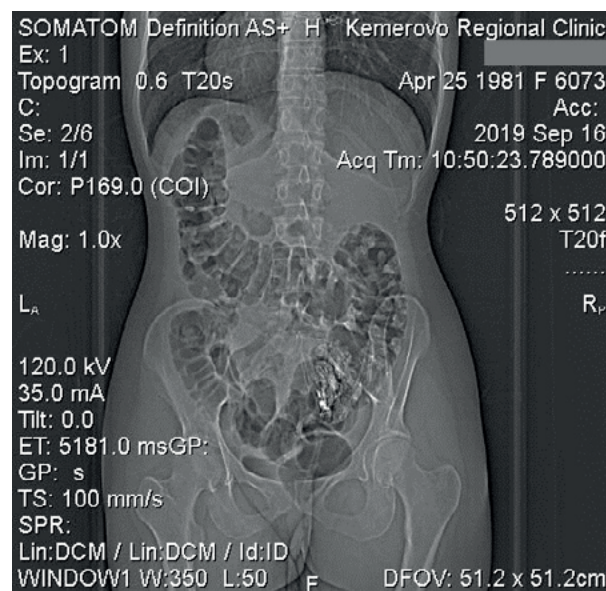


Рисунок 2  
Обзорная МСКТ брюшной полости  
Picture 2  
Overview abdominal MSCT



#### Information about authors:

DOVBETA Evgeny Vladimirovich, surgeon, surgical department N 1, Kemerovo Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.

OORZHAK Orlan Valeriyovich, candidate of medical sciences, head of the surgical department N 1, Kemerovo Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.

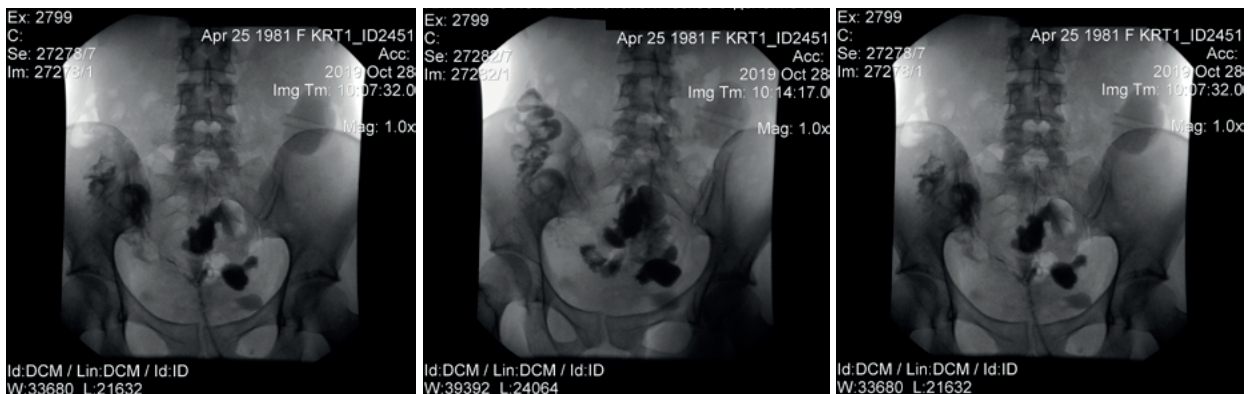
POLUTARNIKOV Evgeny Aleksandrovich, surgeon, surgical department N 1, Kemerovo Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.

MOZES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

SHAPKIN Alexander Anatolyevich, candidate of medical sciences, docent, department of faculty surgery, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.



Рисунки 3–5  
Фистулография – серия снимков  
Pictures 3–5  
Fistulography – a series of images



трат с вовлечением терминального отдела подвздошной кишки, слепой кишки, сигмовидной кишки, стенки мочевого пузыря и плотной фиксации к передней брюшной стенке в области свища. Для отключения из пассажа пораженных отделов тонкой и толстой кишки больной наложена концевая илеостома.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На вторые сутки пациентка активизирована, ей было разрешено пить, а при восстановлении перистальтики была назначена щадящая диета. В кожную фистулу установлен катетер Фолея, подтекание мочи не отмечается. После проведенной антибактериальной и противовоспалительной терапии пациентка выписана на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Данная операция является первым этапом в лечении сложного мочепузырно-толстокишечно-влагалищно-кожного свища. Пациентка осмотрена на амбулаторном этапе спустя 2 месяца, самочувствие удовлетворительное, дизурических симптомов нет, отмечается увеличение веса на 7 кг. Больная готовится ко второму этапу реконструктивного оперативного лечения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие данного осложнения у больной было обусловлено типичными техническими сложностями при гинекологических операциях, которые хорошо

Рисунок 6  
Мочепузырно-толстокишечно-влагалищно кожный свищ  
Picture 6  
Urinary-colonic-vaginal skin fistula



описаны в литературе: выраженный спаечный процесс, нарушение анатомии органов малого таза, обусловленное наличием инфильтрата, urgentный характер вмешательства [12]. Данный клинический пример подтверждает общепринятое мнение, что в такой ситуации, даже при соблюдении всех правил хирургии, риски формирования свищей остаются высокими.

## Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Jiménez-Romero ME, Saucedo-Giménez I, Gimeno-Cerezo C, et al. Post-hysterectomy uretero-vaginal fistula: Laparoscopic management with ureteroneocystostomy and psoas hitch. *Arch Esp Urol*. 2019; 72(4): 428-435.
2. Cowgill KD, Bishop J, Norgaard AK. Obstetric fistula in low-resource countries: an under-valued and under-studied problem – systematic review of its incidence, prevalence, and association with stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15: 193.

3. Li X, Wang P, Liu Y, Liu C. Minimally invasive surgical treatment on delayed uretero-vaginal fistula. *BMC Urol.* 2018; 18(1): 96.
4. Report on the meeting for the prevention and treatment of obstetric fistula. 18-19 July. London, New York: Technical Support Division, 2001.
5. Ghoniem GM, Warda HA. The management of genitourinary fistula in the third millennium. *Arab J Urol.* 2014; 12(2): 97-105.
6. Rogers RG, Jeppson PC. Current Diagnosis and Management of Pelvic Fistulae in Women. *Obstet Gynecol.* 2016; 128(3): 635-650.
7. Hilton P, Cromwell DA. The risk of vesicovaginal and urethrovaginal fistula after hysterectomy performed in the English National Health Service – a retrospective cohort study examining patterns of care between 2000 and 2008? *BJOG.* 2012; 119: 1447-1445.
8. Brummer TH, Seppälä TT, Härkki PS. National learning curve for laparoscopic hysterectomy and trends in hysterectomy in Finland 2000-2005. *Hum Reprod.* 2008; 23: 840-845.
9. Eisenach IA, Vlasova VV, Zakharov IS. Early mesh-associated postoperative complications when installing synthetic mesh implants with two and four sleeves in women with genital prolapse. *Medicine in Kuzbass.* 2017; 16(1): 61-64. Russian (Эйзенач И.А., Власова В.В., Захаров И.С. Ранние mesh-ассоциированные послеоперационные осложнения при установке синтетических сетчатых имплантов с двумя и четырьмя рукавами у женщин с пролапсом гениталий // Медицина в Кузбассе. 2017. Т. 16, № 1. С. 61-64.)
10. Kochakarn W, Ratana-Olarn K, Viseshsindh V et al. Vesico-vaginal fistula: experience of 230 cases. *J Med Assoc Thai.* 2000; 83(10): 1129-1132.
11. Williams G, Goh J, Browning A, et al. A tertiary experience of vesico-vaginal and urethro-vaginal fistula repair: factors predicting success. *BJU Int.* 2009; 104(6): 874.
12. Goh JT, Krause HG, Browning A, Chang A. Classification of female genito-urinary tract fistula: Inter- and intra-observer correlations. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009; 35(1): 160-163.

